



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2015/2016

TRABAJO FIN DE GRADO

**Plan de cuidados enfermeros del estoma, en
intervenciones a pacientes colostomizados en el
postoperatorio.**

**Nurse care plan of the estoma after the colostomy
surgery.**

Autor: Ramón Gracia Arnal

Tutora: María Teresa Fernández Rodrigo

INDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5-7
OBJETIVOS.....	8
METODOLOGÍA.....	8-12
DESARROLLO.....	13-27
EVALUACIÓN.....	28-29
CONCLUSIÓN.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31-33
ANEXOS.....	34
- ANEXO I.....	35-36
- ANEXO II.....	37
- ANEXO III.....	38
- ANEXO IV.....	39
- ANEXO V.....	40
- ANEXO VI.....	41-43
- ANEXO VII.....	44
- ANEXO VIII.....	45
- ANEXO IV.....	46
- ANEXO X.....	47
- ANEXO XI.....	48

RESUMEN

Introducción: El cáncer colorrectal es la segunda causa de mortalidad a nivel mundial. Esta cirugía se realiza para este tipo de cáncer entre otros cánceres digestivos. En España la media de edad de la mayoría de personas que sufren este tipo de cáncer está entre los 65 y 79 años.

Objetivo: Elaborar un plan de cuidados enfermeros del estoma en intervenciones a pacientes colostomizados en el postoperatorio.

Metodología: La valoración inicial del paciente se va a realizar según el modelo enfermero de las catorce necesidades de VIRGINIA HENDERSON. La taxonomía utilizada es NANDA, NOC, NIC. También se valorará por el estomaterapeuta mediante el Test de Tinetti para la marcha y el equilibrio respecto de la movilización y mediante el cuestionario de Pfeiffer y el mini examen cognitivo de Lobo para la necesidad cognitiva. Se realizó una revisión de la literatura científica para la actualización del tema.

Desarrollo: Se ha elaborado un plan de cuidados, el cual tiene como objetivo el cuidado del paciente colostomizado, que por su estado clínico no puede acudir a la terapia en la consulta de estomoterapia.

Conclusión: A través de este plan de cuidados se busca conseguir que el paciente cuente con toda la información necesaria para su autocuidado y el desarrollo de su vida tras la intervención quirúrgica.

Palabras clave: plan de cuidados, autocuidado, paciente, colostomía, valoración, postoperatorio, cuidados enfermeros, necesidades.

ABSTRACT

Introduction: The colorectal cancer is the second reason of mortality worldwide. This surgery is realized for this type of cancer, between other digestive cancers. In Spain the average of age of the majority of persons who suffer this type of cancer is between 65 and 79 years.

Objective: Create a nurse care plan of the estoma after the colostomy surgery.

Methodology: The initial valuation of the patient is going to be realized according to the nurse model of fourteen VIRGINIA HENDERSON's needs. The taxonomy used is NANDA, NOC, NIC. Also the estoma nurse has to value the patient by Tinetti's test for the march and the balance. And to value the mobilization by the Pfeiffer's questionnaire and the mini cognitive examination of Lobo for the cognitive needs.

Conclusion: By this plan of cares we find to obtain that the patient counts with all necessary information to his own care and de development of his life after the surgical intervention.

Key words: care plan, self care, patient, colostomy, valuation, post operatory, nurse cares, needs.

1. INTRODUCCIÓN

Una colostomía es una abertura creada quirúrgicamente en el intestino grueso (colon) a través de la pared abdominal. Implica un cambio en la normalidad de la función corporal para la eliminación del contenido intestinal y la administración de alimentos y medicamentos. Esta cirugía se realiza terapéuticamente para el cáncer de colorrectal, entre otros cánceres digestivos. Las colostomías se pueden clasificar según su duración en temporales o permanentes y según la porción intestinal afectada ascendente, descendente o transversales (1, 2, 3, 4).

Las primeras colostomías se empezaron a realizar en los siglos XVIII y XIX por cirujanos franceses, entre ellos Maydl (1884), Miles (1908) o Hastmann (1923). A principios del siglo XX comenzaron a introducir métodos más avanzados en las intervenciones quirúrgicas ayudando al paciente a llevar una vida más normal (1, 2).

Según en el informe de la OMS en 2012 se dieron 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones muertes por cáncer (5), siendo la segunda causa de mortalidad (6). A escala mundial, el cáncer colorrectal está en segundo lugar tras el cáncer de próstata y pulmón en hombres y por detrás del cáncer de mama en mujeres (7). ANEXO I (1) La SEOM expuso en el mismo año que en España existe una incidencia de 32.240 pacientes, diagnosticándose la mayoría de ellos entre los 65 y 79 años (5 y 8), y contando las ostomías con una prevalencia de 1,5 a 3 casos por cada mil habitantes (2).

La actividad del enfermero/aestomaterapeutaconsiste en una preparación del paciente tanto a nivel psicológico como fisiológico pues su integridad va a verse afectada con la cirugía. Debe hacerse una valoración de los conocimientos del paciente sobre la intervención y en base a eso se decidirá cómo informarle, ya que no todos los pacientes reaccionan de igual manera. Hay que tener en cuenta su nivel cultural, analizando asimismo el grado de estrés del paciente y su familia.

En cuanto al preoperatorio, se les explicará la información correspondiente sobre las pruebas preoperatorias, la preparación del intestino, la dieta, la preparación de la piel, evaluación y marcaje de estoma, la descripción de traslado de quirófano, la sala de despertar y el retorno a la habitación de postoperatorio (9)

Tras la cirugía el paciente sufre unas alteraciones en su cuerpo, va a percibir un cambio importante en su imagen corporal, tanto a nivel biológico como cambios higiénicos, dietéticos, pérdidas de control de esfínteres, como psicológicos, tanto la afectación de la propia imagen como la autoestima, y sociales por la posible dificultad de integración y reinserción. Los pacientes experimentan diversas etapas del duelo. Por todo ello, el paciente tendrá diferentes necesidades y preocupaciones por su nuevo estado y precisará de cuidados individualizados ya que debemos ayudarlo a entender su diagnóstico y pronóstico, así como su adaptación a su nueva vida, la enseñanza y los cuidados e higiene del estoma, la aceptación de su nueva imagen corporal, la adaptación en su vida laboral y la resolución de sus dudas y ansiedades respecto de su vida sexual (10). Es importante conocer las dudas del paciente para evitar estados de ansiedad. Estos cambios importantes de los que estamos hablando van a alterar la calidad de vida del paciente, la definición que proporciona la OMS sobre calidad de vida en este contexto se refiere a "la percepción adecuada y correcta que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores, en relación a sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales" (11).

Al paciente debemos enseñarle el autocuidado del estoma para que vaya familiarizándose con él. Diversos estudios muestran que en general, existe falta de preparación para el auto cuidado en los pacientes ostomizados y se destaca la importancia de la planificación y el aprendizaje o enseñanza que deben recibir estos pacientes. (12). Además, se ha observado que la educación preoperatoria dentro de los programas de recuperación contribuye a reducir el retraso del alta hospitalaria de modo que el paciente goce de mayor independencia en el cuidado de su estoma (12).

El índice de complicaciones después de la cirugía es muy variable, oscila entre el 6% y el 25%, de las cuales, las inmediatas suelen ser las más graves, requiriendo casi siempre una segunda intervención urgente en muchas ocasiones, resultando de las ellas una morbilidad postoperatoria de hasta el 50% y una mortalidad de 1 al 10% (9).

Una de las complicaciones más frecuentes se debe a la mala ubicación del estoma ya que en ocasiones esto dificulta el autocuidado e interfiere con la adherencia de las bolsas dando lugar a la fuga de heces e irritación de la piel (13).

Entre las más comunes encontramos necrosis, hemorragia, dehiscencia mucocutánea, edema, estenosis, prolapso, retracción, fístulas o granuloma (3, 9, 14, 15).

Debemos comprender la forma en que cada paciente percibe su enfermedad para así poderle brindar un cuidado de calidad (16).

Nos encontramos ante pacientes que han sido diagnosticados principalmente por cáncer colorrectal pero también por otro tipo de patologías.

Está justificado por lo tanto, el desarrollo de un plan de cuidados personal, según las necesidades que tenga el paciente en el periodo de posoperatorio.

El plan de cuidados que se expone en el trabajo está dirigido para atender las necesidades de los pacientes que por su situación no pueden acudir a las consultas y asegurarles una atención de calidad en su domicilio.

Además, se debe informar y enseñar al cuidador principal del paciente y familiares, ya que son el principal apoyo del paciente, tanto a nivel emocional como físico. Por lo que se debe reforzar el vínculo existente entre el cuidador y el paciente, debe ser cercano y basado en la confianza mutua y mejorar la sobrecarga a la que está sometido el cuidador ya que tiene un papel principal y muy importante en la vida del paciente.

2. OBJETIVOS

- OBJETIVO PRINCIPAL:

Elaborar un plan de cuidados según las necesidades del paciente colostomizado, en el periodo postoperatorio en el domicilio.

- OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Verificar que los cuidados y necesidades de los pacientes que por su situación no puedan acudir a las consultas sean los adecuados.
- Prevenir complicaciones.
- Mejorar la calidad de la vida en los pacientes.
- Participar en la adaptación y el autocuidado de las (Avd) pacientes ante su nueva situación física.
- Reducir el miedo y ansiedad del cuidador.
- Disminuir la sobrecarga del cuidador/res y la repercusión que este rol representa sobre su calidad de vida.

3. METODOLOGÍA

La búsqueda bibliográfica se ha realizado de febrero a junio de 2016.

Las bases de datos y fuentes consultadas para ello han sido: DIALNET, CUIDEN, SCIELO, ASOCIACION DE OSTOMIZADOS DE ARAGÓN (ADO), consulta a expertos (Ángel Montón, estomaterapeuta del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa).

VALORACIÓN: al paciente se le realizará una valoración inicial de las catorce necesidades básicas de VIRGINIA HERDESON.

La taxonomía utilizada es NANDA 2012-2014 (diagnósticos de enfermería), NOC (resultados que se esperan lograr) y NIC (intervenciones realizadas con el paciente), (17, 18, 19).

Las escalas que vamos a utilizar para la **valoración inicial** son:

Las escalas comunes, informacion sanitaria escalas de valoración www.aragon.es (20) (ANEXOS I-XI).

- CUESTIONARIO DE BARBER para la identificación de situaciones de dependencia y fragilidad del paciente, de cara a la detección del riesgo psicosocial.
- CUESTIONARIO DE ZARIT para la detección de sobrecarga del cuidador.
- INDICE DE BARTHEL para la valoración funcional física de los pacientes.
- TEST DE PFEIFER como herramienta de screening para la detección de trastornos cognitivos.
- ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLBERG como instrumento para la detección de ansiedad y depresión.
- ESCALA DE LAWTON Y BRODY, en relación a la dependencia del paciente en su domicilio.
- ESCALA/INDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURG, para valorar el descanso y el sueño del paciente.
- ESCALA/INDICE DE BARTHEL, en relación a las actividades de la vida diaria del paciente.
- ESCALA/INDICE KATZ, sobre la valoración de las actividades de la vida diaria del paciente.
- ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA.
- ESCALA DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO.

POBLACIÓN DIANA: este plan de cuidados de enfermería, está dirigido a pacientes adultos de ambos sexos colostomizados, cuya situación les impide el desplazamiento a las consultas de estomaterapia.

SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN: La captación de los pacientes se llevara a cabo a través del informe al alta en el hospital realizado por el estomaterapeuta. Aquellos pacientes que en la valoración de las Necesidades Básicas: de movilización y aspecto cognitivo se identifiquen como dependiente o muy dependientes se realizará el plan de cuidados en el domicilio del paciente. (fig. 2)

Búsqueda bibliográfica:

Para la actualización del tema y de los cuidados. Se hizo la búsqueda:(fig. 1)

- 1- Base datos: artículos.
- 2- Fuentes: libros, guías, páginas web.
- 3- ADO: Asociación de Ostomatizados de Aragón.
- 4- ANGEL MONTON: Estomaterapeuta de Hospital Clínico Lozano Blesa.

Base de datos consultada	Palabra clave de Búsqueda	Limitaciones empleadas	Nº Artículos revisado	Nº Artículos seleccionados
DIALNET (13)	ESTOMAS, cuidados de estoma	Tipode documento: art. revista Art. 2014	4	1
Cuiden (11, 12)	Estoma, estomaterapia	Revista científica de enfermería de Zaragoza 2015y México	6	2
Sciello (16)	Estomaterapeuta	Búsqueda por artículos 2008-2015	2	1

Fig. 1. RELACIÓN DE BASES DE DATOS Y PALABRAS CLAVE.

Información complementaria. Búsqueda en:

- 1-(INE) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTISCA
- 2-(OMS) – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
- 3- (SEOM)-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGIA MÉDICA.
- 4-(AECC)-ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER.
- 5-REVISTA GRUPO DE ENFERMERIA (ENE)
- 6-(SERGAS) SERVICIO GALLEGO DE SALUD.

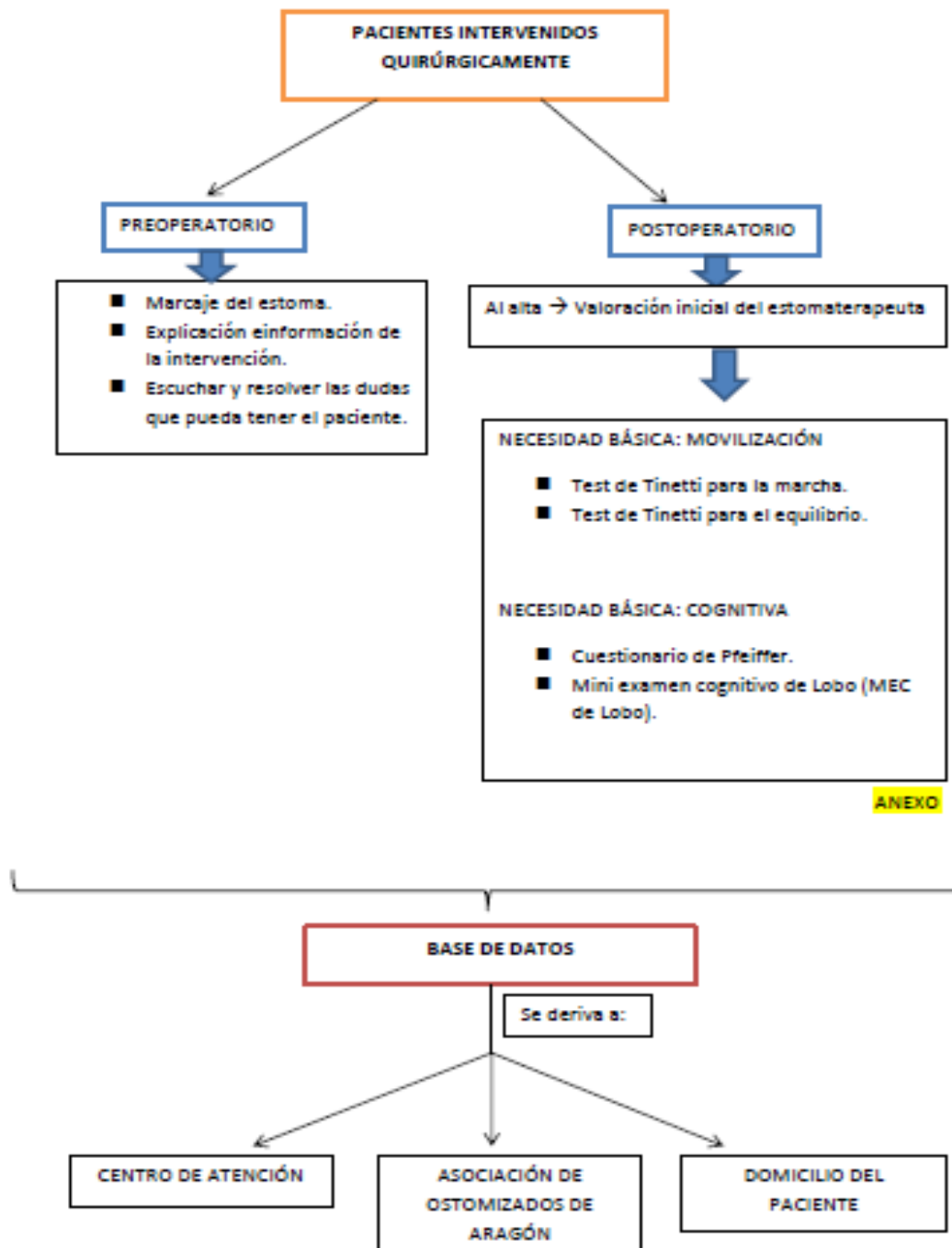


Fig. 2 Diagrama de flujo que muestra el proceso de selección de la población diana.

4. DESARROLLO

Utilizando como metodología el Proceso Enfermero, y siguiendo las fases que lo componen (Valoración, Identificación del problema: diagnóstico enfermero, planificación de los resultados: NOC, e intervenciones NIC y la evaluación de los resultados), se desarrolla el siguiente plan de cuidados.

La valoración ha sido realizada como se explica en la metodología y siguiendo las Necesidades Básicas de Virginia Henderson.

1. RESPIRAR NORMALMENTE

NANDA
PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ (00032) R/C DETERIORO MÚSCULO-ESQUELÉTICO M/P ALTERACIONES DE LOS MOVIMIENTOS TORÁCICOS.
NOC
0403 – Estado respiratorio de ventilación (0403). Indicadores: 040301 – Frecuencia respiratoria. 040312 – Respiración con labios apretados. 040309 – Utilizaciones de los músculos accesorios.
NIC
3390 – Ayuda a la ventilación. Actividades: <ul style="list-style-type: none">- Mantener la vía permeable.- Enseñar técnicas de respirar.- Colocar al paciente de forma que alivie la disnea.- Observar si hay fatiga muscular respiratoria.

2. COMER Y BEBER DE FORMA ADECUADA

Este diagnóstico aunque no es característico de pacientes colostomizados, sí es frecuente en la población diana objeto del trabajo (personas de edad avanzada).

NANDA
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL (00002): INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES R/C INCAPACIDAD DE INGERIR LOS ALIMENTOS M/P PESO CORPORAL INFERIOR EN UN 20% O MÁS DEL PESO IDEAL
NOC
1008 – Ingesta alimentaria de líquidos adecuada. Indicadores: 100801 – Ingesta alimentaria oral. 100803 – Ingesta de líquidos orales. 1626 – Conducta de aumento de peso. Indicadores: 162602 – Identificación la causa de la pérdida de peso. 162608 – Mantiene un aporte adecuado de alimentos y líquidos nutritivos. 162635 – Controla el peso corporal.
NIC
1100 – Manejo de la nutrición. Actividades: <ul style="list-style-type: none">- Realizar una selección de comidas.- Animar al paciente a que utilice dentaduras de ajuste correcto y/o que obtenga.- Pesar al paciente a intervalos adecuados.- Determinar en colaboración con el dietista si procede el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias alimentarias.

NANDA
RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS (002028) R/C ALTERACIONES QUE AFECTEN A LA ABSORCIÓN DE LOS LÍQUIDOS.
NOC
<p>0601 – Equilibrio hídrico.</p> <p>Indicadores:</p> <p>060107 – Entradas y salidas diarias equilibradas. 060116 – Hidratación cutánea. 060117 – Humedad de membranas mucosas.</p>
NIC
<p>4120 – Manejo de líquidos.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. - Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, si procede. - Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado, y presión sanguínea ortostática), según sea el caso.

3. NECESIDADES DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

NANDA
INCONTINENCIA FECAL (00014) R/C PÉRDIDA DEL CONTROL DEL ESFÍNTER RECTAL M/P INCAPACIDAD PARA RETRASAR LA DEFECACIÓN.
NOC
<p>0051 – Eliminación intestinal.</p> <p>Indicadores:</p> <p>050102 – Controles de movimientos intestinales.</p>

050104 – Cantidad de heces en relación con la dieta.
050103 – Color de las heces.

NIC

0480 – Cuidados de la ostomía.

Actividades:

- Instruir al paciente en la utilización del equipo de ostomías.
- Instruir al paciente para vigilar la presencia de posibles complicaciones.
- Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente.
- Controlar las pautas de eliminación.

0410 – Cuidados de la incontinencia intestinal.

Actividades:

- Controlar la dieta y las necesidades de líquidos.
- Mantener la cama y la ropa limpia.
- Determinar la causa física o fisiológica de la incontinencia fecal.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

NANDA

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085) R/C DETERIORO MÚSCULO ESQUELÉTICO M/P ENLENTECIMIENTO DEL MOVIMIENTO.

NOC

0200 – Ambular.

Indicadores:

- 020014 – Anda por la habitación.
- 020014 – Anda por la casa.
- 020003 – Camina a paso lento.

0208 – Movilidad.

Indicadores:

- 020802 – Mantenimientos de la posición corporal.
- 020804 – Movimiento articular.

020806 – Ambulación.

NIC

0221 – Terapia de ejercicios: ambulación.

Actividades:

- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- Aconsejar al paciente que use calzado que facilite la ambulación y evite lesiones.
- Animar al paciente a que esté –levantado por su propia voluntad- si procede.
- Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario.

0222 – Terapia de ejercicios: equilibrio.

Actividades:

- Evaluar funciones sensoriales (visión, oído y percepción).
- Animar a realizar programas de ejercicios de baja intensidad con oportunidad para compartir sentimientos.
- Proporcionar la oportunidad de discutir sobre los factores que influye el miedo a caerse.
- Instruir al paciente sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora del equilibrio.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR.

NANDA

TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (00198) R/C FALTA DE CONTROL SUEÑO M/P CAMBIO EN EL PATRÓN NORMAL DEL SUEÑO.

NOC

0004 – Sueño.

Indicadores:

- 000401 – Horas de sueño.
- 000403 – Patrón del sueño.
- 000407 – Hábito de sueño.
- 000419 – Cama confortable.
- 000420 – Temperaturas de la habitación confortable.

0003 – Descanso.

Indicadores:

000305 – Descanso mentalmente.

000310 – Aspecto de estar descansado.

000302 – Patrones del descanso.

NIC

1850 – Mejora del sueño.

Actividades:

- Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Fomentar el aumento de sueño de las horas de sueño, si fuera necesario.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

6482 – Manejo ambiental: confort.

Actividades:

- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Proporcionar un ambiente limpio seguro.

6. NECESIDADES DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

NANDA

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO (00109) R/C DEBILIDAD M/P

DETERIORO DE LA CAPACIDAD PARA ABROCHARSE LA ROPA.
NOC
<p>0302 – Autocuidados: vestir.</p> <p>Indicadores: 030201 – Escoge la ropa. 030213 – Se abrocha los zapatos. 030211 – Se quita la ropa.</p>
NIC
<p>1802 – Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados. - Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario. - Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario. - Reafirmarse los esfuerzos por vestirse a sí mismo.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.

NANDA
RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00047) R/C SECRECIONES.
NOC
<p>1902 – Control del riesgo.</p> <p>Indicadores: 190201 – Reconoce factores de riesgo. 190204 – Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas. 190207 – Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas.</p>

1101 – Integridad tisular: piel y membranas mucosa del estoma y piel periestomal.

Indicadores:

110104 – Hidratación.

110113 – Integridad de la piel.

110111 – Perfusión tisular.

110121 – Eritema.

110122 – Palidez.

NIC

5606 – Enseñanza: individual.

Actividades:

- Instruir al paciente.
- Instruir a la familia.
- Cuidador principal, si es posible.
- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas.

7040 – Apoyo al cuidador principal.

Actividades:

- Determinar el nivel de conocimiento del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Animar al cuidador a participar.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

Paciente encamado o no:

3540 – Prevención de las úlceras por presión.

Actividades:

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden).
- Documentar el peso y los cambios de peso.
- Documentar cualquier incidencia anterior de formación de úlceras de presión.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
- Asegura una nutrición adecuada, especialmente proteína, vitaminas b y c, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.
- Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas.

3590 – Vigilancia de la piel.

Actividades:

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas.
- Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
- Instruir al miembro de la familia/cuidador acerca de los signos de la pérdida de integridad de la piel, si procede.
- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (ej: escala de Barden).
- Observar si hay zonas depresión y fricción.

3660 – Cuidados de las heridas.

Actividades:

- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido de la herida.
- Enseñar al paciente o a miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.
- Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.
- Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida.
- Remitir al médico de las ostomías de la herida, si procede.
- Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura.
- Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones adecuadas.
- Colocar superficies reductoras de presión entre el paciente y la cama o silla.

8. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS.

NANDA

RIESGO DE INFECCIÓN(00004) R/C TRAUMATISMO TISULAR (colostomía)

NOC

1842 – Conocimiento de control de la infección.

Indicadores:

- 184204 – Signos y síntomas de infección.
- 184202 – Factores que contribuyen a la transmisión.
- 184203 – Prácticas que reducen la transmisión.
- 184217 – Importancias del seguimiento del tratamiento.

1924 – Control de riesgo: proceso infeccioso.

192401 – Reconoce el riesgo personal de infección.
 192423 – Utiliza fuentes acreditadas de información.
 192408 – Controla conductas personales para evitar los factores asociados al riesgo de infección.

NIC

6550 – Protección contra las infecciones.

Actividades:

- Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada.
- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje de la piel y las membranas mucosas.
- Fomentar un aumento de la movilidad y los ejercicios, si procede.

NANDA

ANSIEDAD (00146) R/C ESTADO DE SALUD M/P EXPRESA
 PREOCUPACIONES DEBIDAS A CAMBIOS EN ACONTECIMIENTOS VITALES.

NOC

1402 – Autocontrol de la ansiedad.

Indicadores:

140205 – Planea estrategias para superar situaciones estresantes.
 10207 – Utilizar técnicas de relajación para reducir la ansiedad.

1211 – Nivel de ansiedad.

Indicadores:

121105 – Inquietud.
 121107 – Tensión facial.
 121129 – Trastorno del sueño.
 121117 – Ansiedad verbalizada.

NIC

5820 – Disminución de la ansiedad.

Actividades:

- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

5230 – Aumentar el afrontamiento

Actividades:

- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.

5602 – Enseñanza: proceso de enfermedad.

Actividades:

- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.
- Identificar cambios en el estado físico del paciente. Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, si procede.

9. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES.

NANDA

CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR (00061) R/C RESPONSABILIDAD DE LOS CUIDADOS DURANTE LAS 24HORAS M/P INQUIETUD POR LOS CUIDADOS QUE RECIBIRÁ LA PERSONA SI EL CUIDADOR ES INCAPAZ DE PROPORCIONÁRSELOS.

NOC

2208 – Factores estresantes del cuidador familiar.

Indicadores:

- 220801 – Factores estresantes referidos por el cuidador.
- 220802 – Limitaciones físicas del cuidador.
- 220807 – Ausencia del apoyo social percibido.
- 220819 – Conflicto entre responsabilidades laborales y del cuidador.
- 220821 – Deterioro de las relaciones familiares.

NIC

7040 – Apoyo al cuidador principal.

Actividades:

- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Estudiar junto al cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

10. NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES.

Al ser una necesidad que valora aspectos íntimos y profundos de la persona, la valoración será desarrollada después de que ya exista un cierto grado de relación interpersonal.

11. NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA SENTIDO DE LA REALIZACIÓN PERSONAL.

NANDA
BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL R/c cambios del desarrollo
NOC
1205 – Autoestima. Indicadores: 120502 – Aceptación de las propias limitaciones. 120506 – Respeto por los demás. 120511 – Nivel de confianza. 1302 – Afrontamiento del problema. Indicadores: 130202 – Identifica patrones de superación eficaces.

130207 – Modifica estilo de vida.

1300 – Aceptación del estado de salud.

Indicadores:

130017 – Se adapta al cambio en el estado de salud.

130011 – Toma decisiones relacionadas con la salud.

130008 – Reconocimiento de la realidad de la situación de la salud.

NIC

5400—Potenciación de la autoestima.

Actividades:

- Animar al paciente a identifica.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

5230 – Aumentar el afrontamiento.

Actividades:

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Evaluar la capacidad del paciente de tomar decisiones.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades (metas).
- Animar la implicación familiar, si procede.

12. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

NANDA
DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (00097) R/C ENTORNO DESPROVISTO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS M/P LOS PASATIEMPOS HABITUALES NO PUEDEN REALIZARSE EN EL ENTORNO ACTUAL.
NOC
1503 – Implicación social. Indicadores: 150301 – Interacción con amigos íntimos. 150303 – Interacción con miembros de la familia. 150311 – Participación en actividades de ocio. 1604 – Participación con actividades de ocio. Indicadores: 160413 – Disfruta de actividades de ocio. 160404 – Refiere relajación con las actividades de ocio. 160401 – Participación en actividades diferentes del trabajo habitual.
NIC
Actividades: <ul style="list-style-type: none">- Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida.- Fomentar la expresión y el compartir el conocimiento de la experiencia. 5360 – Terapias de entretenimiento. Actividades asociadas: <ul style="list-style-type: none">- Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.- Incluir el paciente en la planificación de actividades recreativas.- Ayudar al paciente a elegir actividad recreativa coherente con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.- Disponer actividades recreativas que tenga por objeto disminuir la ansiedad.

13. NECESIDADES DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES.

NANDA
GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD (00078) R/C COMPLEJIDAD DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO M/P EXPRESA TENER DIFICULTADES CON LOS TRATAMIENTOS PRESCRITOS.
NOC
1813 – Conocimiento del régimen terapéutico. Indicadores: 181305 – Dieta prescrita. 181306 – Medicación prescrita. 181307 – Actividad prescrita. 1209 – Motivación. Indicadores: 120907 – Mantiene autoestima positiva. 120910 – Expresa la creencia en la capacidad para realizar la acción. 120911 – Expresa que la ejecución conducirá al resultado esperado.
NIC
5606 – Enseñanza individual. Actividades: <ul style="list-style-type: none">- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.- Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica.- Ajustar el contenido acuerdo con las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.- 7400 – Guía del sistema sanitario. Actividades: <ul style="list-style-type: none">- Explicar el sistema sanitario, su funcionamiento y lo que puede esperar el paciente/familia.- Informar al paciente de cómo acceder a los servicios de urgencias por medio de teléfono de transporte, si procede.- Determinar y facilitar la comunicación entre los proveedores de cuidados y el paciente/familia, si es el caso.- Informar sobre los recursos comunitarios adecuados y las personas de contacto.

5. EVALUACIÓN

La valoración se realiza a través del indicador NOC, anteriormente indicado.

La escala de estos indicadores es escala tipo Likert para valorar y hacer un control del estado de salud del paciente.

Los valores de la escala Likert son:

1. Gravemente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

A través de estos diagnósticos y con los resultados obtenidos alcanzaremos los objetivos del paciente.

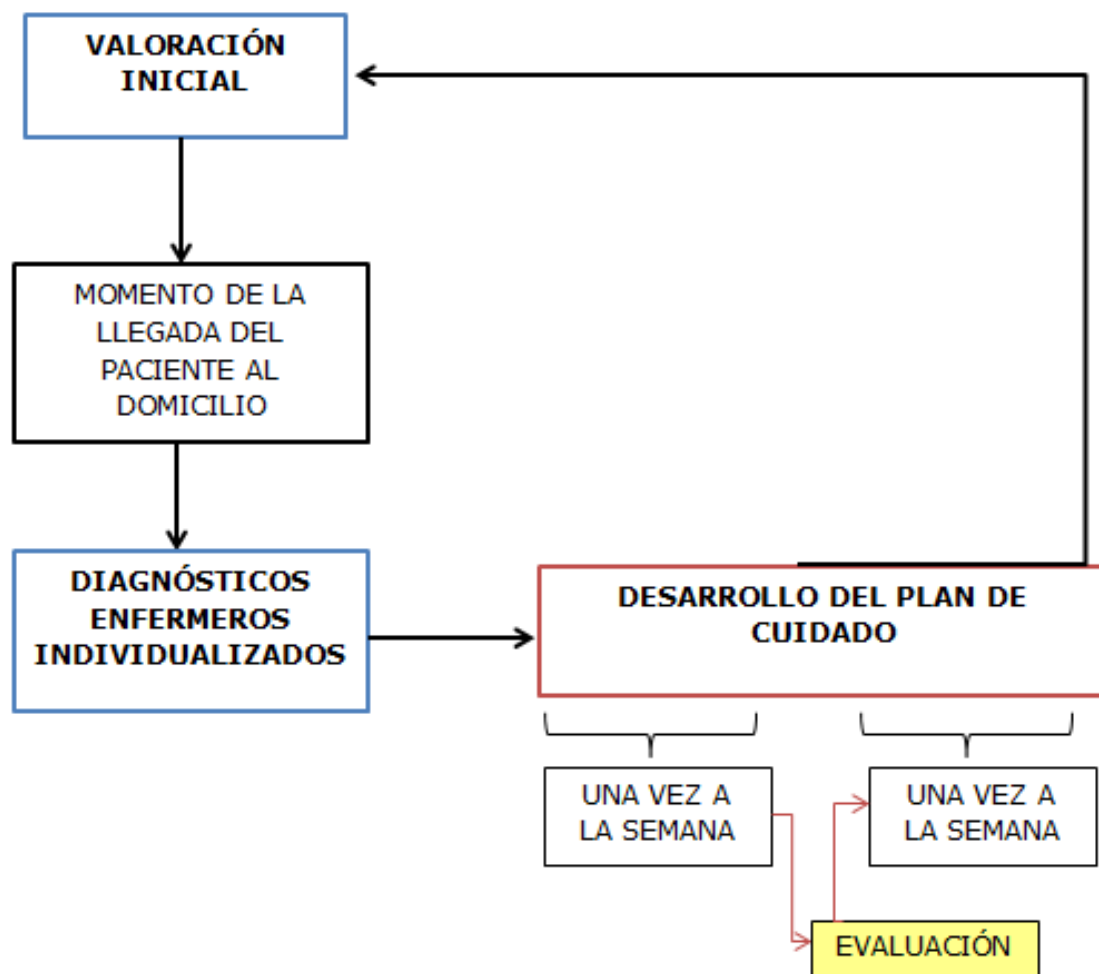


Fig. 3 Diagrama de flujo que muestra el proceso de seguimiento del paciente.

6. CONCLUSIÓN

Tras la intervención el paciente colostomizado, va a tener una serie de necesidades que le van a afectar en todos los ámbitos de su vida por lo que va a ser necesario realizar un plan de cuidados en el domicilio.

La realización de este tipo de planes y cuidados en el domicilio del paciente, es sin ninguna duda necesario, puesto que muchos pacientes por sus características de movilidad o trastornos cognitivos no pueden ser tratados fuera de su domicilio y necesitan un cuidado individual y personalizado.

El plan de cuidados debe ser continuo, dinámico y eficaz, puesto que vamos a tratar de atender al paciente de la forma más adecuada analizando su situación en particular y todos los factores que le rodean, incluyendo al cuidador principal.

En Aragón además, contamos con la colaboración de la Asociación de Ostomizados de Aragón.

En conclusión propongo, que para este tipo de pacientes en sus domicilios, el servicio público debe crear una unidad de estomaterapeutas que puedan acudir a sus domicilios para el cuidado, seguimiento y educación del paciente y cuidador principal.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1). Arroyo Sebastián A, Pérez-Vicente F, Calpena Rico R, y otros. "*Guía de información al paciente sobre colostomías*". Ed. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, 2006. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.1373-2006.pdf>
- (2). Enciso Rivilla MD. "*Conceptos básicos estomaterapia*". Ed. Febrero 2008. Alcalá del Real, Jaén.
- (3). Lerín Cabrejas P, Laínez Pardos P, Lozano Vicente M.D. y otros. "*Complicaciones de los Estomas*". Ed. Codoplast, 2010.
- (4). Lennenberg E, Mendelssohn A, Gross L. "*Guía de colostomía americana*" "*United Ostomy Association*" (UOA). Ed. 2004. United Ostomy Association, Inc. 1962-2005.
- (5). Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). "*El cáncer en España 2013*". Consultado a fecha 13.04.2016. Disponible en: www.seom.org/es/prensa/el-cancer.../104018-el-cancer-en-espana-2013.
- (6). Instituto Nacional de Estadística (INE). "Nota de prensa: Defunciones según causa de muerte". Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
- (7). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/
- (8). Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). "*Indicencia del cáncer de colon*". Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdecolon/Paginas/Cancerdecolon.aspx>
- (9). García-Sosa Romero E, Rodríguez Ramón M. "*Estomas digestivos: técnicas, indicaciones y cuidados*". Universidad de Cádiz. Ed. 2011.
- (10). Arroyo Sebastián A, Pérez-Vicente F, Calpena Rico R, y otros. "Guía protocolizada de atención de enfermería para usuarios con colostomías o

ileostomías (pre y post operatorio)". Generalitat Valenciama, Conselleria de Sanidad, 2006.

(11). Beltrán Orga M. "Estudio de la calidad de vida en el paciente con neoplastia colorrectal y portador de una colostomía en el Hospital Universitario Miguel Servet". Revista Científica de enfermería del Ilustre Colegio Oficial de Zaragoza. 2015

(12). Almendárez- Saavedra J.A, Landeros-López M, Herández-Castañón M.A. y otros. "Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería". Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim152f.pdf>

(13). Miguel Velasco M, JiménezEscovar F, Pajaró Calvo A. "Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas". Cirugía española: órgano oficial de la Asociación Española de Cirujanos. ISSN0009-739X, Vol. 92. Nª3, 2014

(14). Rague J.M, TegidoValenti M. "Estomas: valoración, tratamiento y seguimiento". Disponible en: https://elenfermerodelpendiente.files.wordpress.com/2015/06/libro_471.pdf

(15). Ortiz H, Marti Rague J, Foluces B. "*Indicaciones y cuidados de los estomas*". Edición 1989. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-77-05.pdf>

(16). Bonill de las Nieves C. "Las dos caras de la enfermedad: Experiencia de una persona ostomizada". IndexEnferm, Mar 2008, vol.17, no. 1. ISSN 1132-1296.

(17). Bulechek G.M, Butcher H.K, Dochterman J. "*Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*". Barcelona, ELSEVIER- MOSBY. 5ª Edición, 2009.

(18). Herdman T.H. NANDA Internacional. "*Diagnóstico Enfermero. Definiciones y clasificaciones*". Barcelona, ELSEVIER. Ed. 2012-2014.

(19). Moorhead S.J, Meridean L.M, Swanson E. "*Clasificación de resultados de enfermería. NOC*". Barcelona ELSIVIER- MOSBY. 4ª Edición, 2009.

(20). Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Escalas de valoración funcional y cognitiva. Disponible en:
<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACI%C3%93N+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>

ANEXOS

ANEXO I – ÍNDICE MORTALIDAD MUNDIAL

ANEXO II – CUESTIONARIO DE BARBER.

ANEXO III –CUESTIONARIO DE ZARIT.

ANEXOIV –ÍNDICE DE BARTHEL.

ANEXO V – CUESTIONARIO DE PFEIFFER.

ANEXO VI –MINI EXAMEN COGNITIVO DE LOBO (MEC de Lobo).

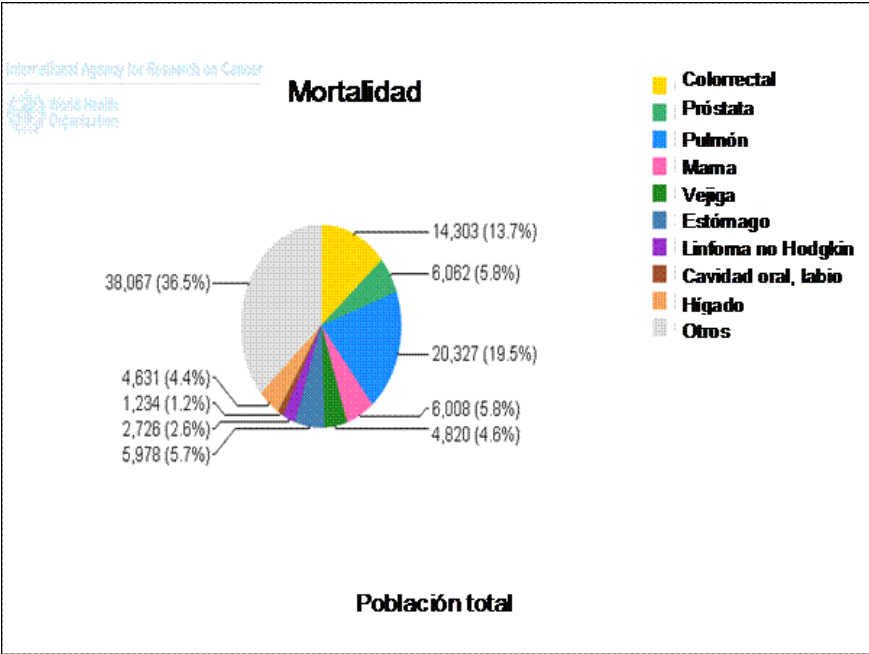
ANEXO VII –INDICE KATZ.

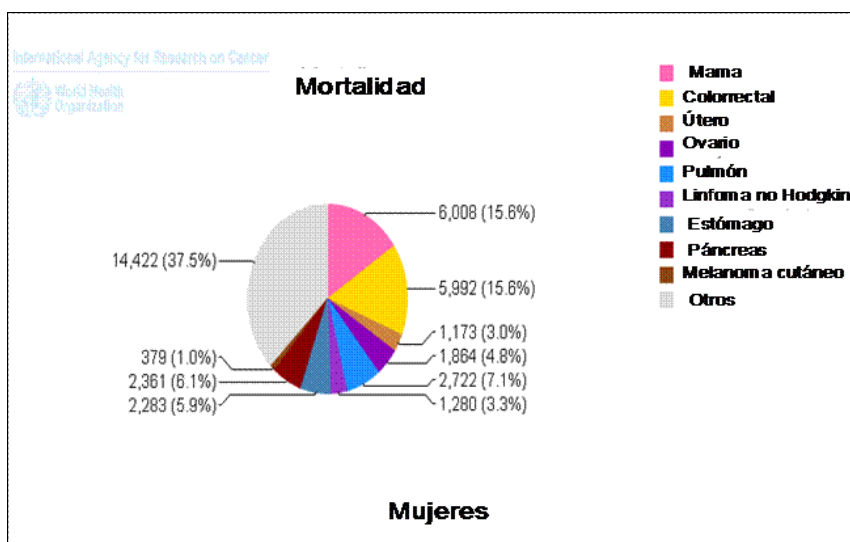
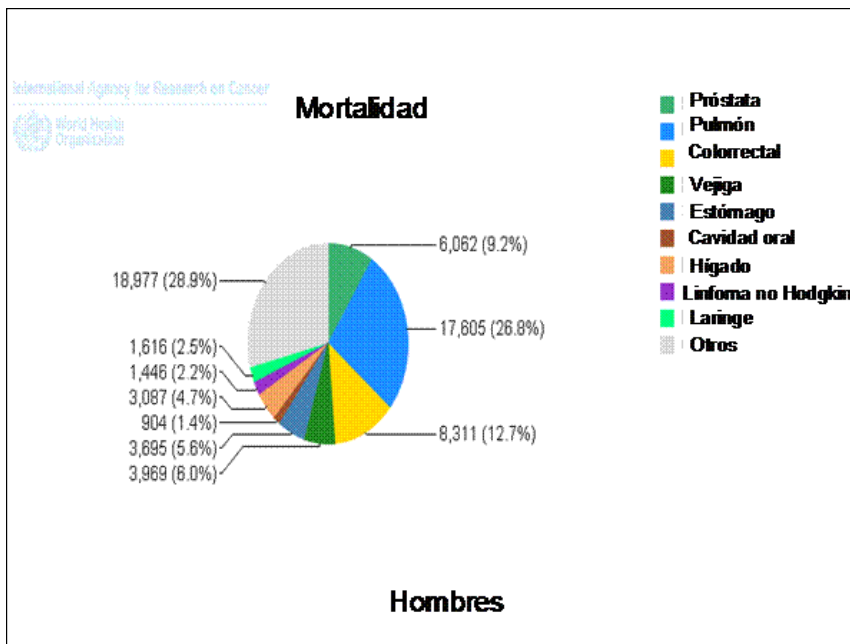
ANEXO VIII- TEST DE TINETTI PARA LA MARCHA.

ANEXO IX – TEST DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO.

ANEXO X – ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANISDAD DE GOLDBERG (EADAC).

ANEXO I - MORTALIDAD MUNDIAL (6)





ANEXO II – CUESTIONARIO DE BARBER (21)

CUESTIONARIO DE BARBER IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE FRAGILIDAD

1. ¿Vive solo?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?
3. ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?
4. ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

Sólo una respuesta afirmativa sugiere la posibilidad de encontrarse ante un anciano de “alto riesgo”.

ANEXO III –CUESTIONARIO DE ZARIT (21)

CUESTIONARIO DE ZARIT ENTREVISTA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

A continuación se presenta una lista de afirmaciones en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo o casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4=Casi siempre

1.- ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0	1	2	3	4
3.- ¿Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4.- ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Vd. tiene con otros miembros de su familiar?	0	1	2	3	4
7.- ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8.- ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0	1	2	3	4
9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
13.- ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14.- ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15.- ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de su otros gastos?	0	1	2	3	4
16.- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17.- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18.- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19.- ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20.- ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21.- ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22.- Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4

- El cuestionario de Zarit se realizará al cuidador familiar habitual con el fin de detectar situaciones de sobrecarga que precisen la actuación de los servicios sociales.
- Consta de 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida asociadas a la prestación de cuidados.
- La puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 22 ítems y tiene un rango que va desde 0 a 88. Para cada ítem se utiliza una escala de cinco valores que oscilan entre 0 (nunca) y 4 (casi siempre). Los puntos de corte propuestos por los autores de la adaptación y validación en español son:
 - No sobrecarga: 0-46
 - Sobrecarga leve: 47-55
 - Sobrecarga intensa: 56-88

ANEXO IV – ÍNDICE DE BARTHEL (21)

ÍNDICE DE BARTHEL

TEST DE BARTHEL: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

La recogida de información se realizará a través de la observación directa y/o entrevista al paciente, o a su cuidador habitual si su capacidad cognitiva no lo permite. La puntuación total se calculará sumando la puntuación elegida para cada una de las actividades básicas.

ALIMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> – Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance). – Necesita ayuda. – Necesita ser alimentado. 	10 5 0
BAÑO	<ul style="list-style-type: none"> – Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera. – Necesita cualquier ayuda. 	5 0
VESTIDO	<ul style="list-style-type: none"> – Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos... – NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente. – DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda. 	10 5 0
ASEO	<ul style="list-style-type: none"> – INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla... – NECESITA ALGUNA AYUDA. 	5 0
USO DE RETRETE	<ul style="list-style-type: none"> – Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas. – NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo. – DEPENDIENTE: Incapaz de manejarse sin asistencia. 	10 5 0
DEFECACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> – Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema. – Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas. – INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema. 	10 5 0
MICCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> – Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda. – Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda. – INCONTINENTE. 	10 5 0
DEAMBULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> – Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros. – NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros. – INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas. – DEPENDIENTE: Incapaz de manejarse sin asistencia. 	15 10 5 0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	<ul style="list-style-type: none"> – Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones. – NECESITA AYUDA física o verbal. – INCAPAZ de manejarse sin asistencia. 	10 5 0
TRANSFERENCIA (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa)	<ul style="list-style-type: none"> – Es INDEPENDIENTE. – NECESITA MÍNIMA o Poca AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal). – NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda. – Es INCAPAZ, no se mantiene sentado. 	15 10 5 0
TOTAL		

ANEXO V – CUESTIONARIO DE PFEIFFER (21)

CUESTIONARIO DE PFEIFFER

Realice las preguntas 1 a 11 de la siguiente lista y señale con una X las respuestas incorrectas.

¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cómo se llama este sitio?	
¿En qué mes estamos?	
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono,dirección de la calle)	
¿Cuántos años tiene usted?	
¿Cuándo nació usted?	
¿Quién es el actual presidente (del País)?	
¿Quién fue el presidente antes que él?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	
TOTAL DE ERRORES	

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

- Puntuación máxima: 8 errores
- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría. Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

ANEXO VI – MINI EXAMEN COGNITIVO DE LOBO (MEC de Lobo) (21)

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO, MEC

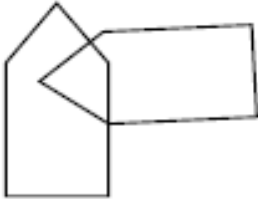
ORIENTACIÓN	Puntos
¿En qué día de la semana estamos?	1
¿Qué día (nº) es hoy?	1
¿En qué mes estamos?	1
¿En qué estación del año estamos?	1
¿En qué año estamos?	1
¿Dónde estamos?	1
Provincia	1
País	1
Ciudad o pueblo	1
Lugar, centro	1
Planta, piso	1

FIJACIÓN	Puntos
Repita estas tres palabras: peseta – caballo- manzana	3

Repetirlas hasta que las aprenda

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	Puntos
Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?. Hasta 5	5
Repita 5-9-2. Hasta que los aprenda. Ahora hacia atrás	3

MEMORIA	Puntos
¿Recuerda las tres palabras (objetos) que le he dicho antes?	3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	Puntos
Señalar un bolígrafo y que el paciente lo nombre. Repetirlo con el reloj.	2
Que repita: "En un trigal había cinco perros"	1
"Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?" ¿Qué son el rojo y el verde?	1
¿Qué son un perro y un gato?	1
Coja este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en la mesa	3
"Lea esto, haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS"	1
"Escriba una frase cualquiera"	1
<p>Copie este dibujo.</p> 	

Valoración

35 puntos máximo. 30-35: normal. De 24-29 puntos: borderline. Por debajo de 24 puntos en mayores de 65 años sugiere deterioro cognitivo. Por debajo de 29 puntos en Φ de 65 años sugiere deterioro cognitivo.

VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO MENTAL	
MINIMENTAL TEST, MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC)	DESCRIPCIÓN Deriva del Mini-Mental State Examination de Folstein (MNSE) y ha sido adaptado y validado por Lobo en nuestro país en 1979. Es un test cognitivo breve para el estudio de las capacidades cognitivas.
	FORMA DE ADMINISTRACIÓN La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.
	POBLACIÓN DIANA Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración cognitiva.
	ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala en nuestro país. • Su uso repetido es útil para caracterizar la evolución clínica del paciente. • La sensibilidad de esta escala es muy alta, del 85-90%; su especificidad es más reducida, del 69%.
	VALORACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Puntuación máxima es de 35. • Dispone de dos puntos de corte en función de la edad del paciente: <ul style="list-style-type: none"> – Adultos no geriátricos: 29 puntos – Mayores de 65 años: 24 puntos • En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona. <ul style="list-style-type: none"> – 30-35 normal – 24-29 borderline – 19-23 leve – 14-18 moderado – < 14 severo
	LIMITACIONES <ul style="list-style-type: none"> • Los rendimientos están muy influenciados por el nivel cultural del paciente, por lo que los puntos de corte deben estar adaptados a las características sociodemográficas de éstos. • Elevado índice de falsos positivos.
	TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN Tan solo se requiere diez minutos para realizarla.

ANEXO VII – INDICE KATZ (21)

ÍNDICE DE KATZ

Valore cada una de las actividades por anamnesis directa del paciente o, si su estado mental no lo permite, a través de un familiar o cuidador, considerando su capacidad en los últimos 7 días.

BAÑARSE: (Con esponja, en bañera o ducha)

- ☐ No recibe asistencia (entra y sale de la bañera por sí mismo si la bañera es el medio de limpieza habitual).
- ☐ Recibe asistencia al lavar únicamente una parte del cuerpo (espalda o una pierna).
- ☐ Recibe asistencia al lavar más de una parte del cuerpo (o no se lava).

VESTIRSE: (Saca la ropa de los armarios y los cajones - incluyendo la ropa interior, la ropa exterior y el manejo de botones, incluyendo brageros, si los lleva)

- ☐ Saca la ropa y se viste completamente sin asistencia.
- ☐ Saca la ropa y se viste sin asistencia excepto al anudarse los zapatos.
- ☐ Recibe asistencia al sacar la ropa o al vestirse, o queda parcial o completamente desvestido.

IR AL SERVICIO: (Ir al servicio para eliminar orina y heces; lavarse a sí mismo tras la eliminación y arreglarse la ropa)

- ☐ Va al servicio, se lava, se arregla la ropa sin asistencia (puede usar un objeto de apoyo como un bastón o una silla de ruedas y puede manejar la cuña o la silla retrete, vaciándolas por la mañana).
- ☐ Recibe asistencia para ir al servicio o a lavarse o arreglarse la ropa tras la eliminación o al usar la cuña o la silla retrete.
- ☐ No va a la habitación denominada "servicio" para el proceso de eliminación.

DESPLAZARSE

- ☐ Se acuesta y se levanta de la cama así como de la silla sin ayuda (puede utilizar un objeto de apoyo como un bastón).
- ☐ Se acuesta y se levanta de la cama o la silla con asistencia.
- ☐ No se levanta de la cama.

CONTINENCIA

- ☐ Controla la micción y la defecación por sí mismo.
- ☐ Sufre accidentes "ocasionalmente".
- ☐ La supervisión le ayuda a mantener el control vesical y anal: usa una sonda o es incontinente.

ALIMENTARSE

- ☐ Se alimenta sin asistencia.
- ☐ Se alimenta solo excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar el pan.
- ☐ Recibe asistencia al alimentarse o es alimentado parcial o completamente mediante sondas o líquidos endovenosos.

Categoría

ANEXO VIII- TEST DE TINETTI PARA LA MARCHA (21)

PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES

TEST DE TINETTI PARA LA MARCHA

1. INICIO DE LA MARCHA
2. LONGITUD DEL PASO
3. ALTURA DEL PASO
4. SIMETRÍA DEL PASO
5. CONTINUIDAD
6. DESVIACIÓN
7. ESTABILIDAD DEL TRONCO
8. POSTURA DURANTE LA MARCHA
9. GIRO DURANTE LA MARCHA

Se trata de una evaluación cualitativa de la deambulación. Se anotará el déficit observado para personalizar el plan de actuación fisioterápico.

ANEXO IX – TEST DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO

(21)

TEST DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO

1. EQUILIBRIO SENTADO
2. LEVANTARSE DE UNA SILLA
3. EQUILIBRIO TRAS LEVANTARSE
4. EQUILIBRIO DE PIE
5. EQUILIBRIO DE PIE CON OJOS CERRADOS
6. EQUILIBRIO TRAS GIRO DE 360°
7. EQUILIBRIO AL GIRAR LA CABEZA
8. RESISTENCIA A UN EMPUJE ESTERNAL
9. ESTACIÓN UNIPODAL
10. EQUILIBRIO TRAS EXTENSIÓN DE COLUMNA CERVICAL
11. EQUILIBRIO TRAS EXTENSIÓN DE COLUMNA CERVICAL CON ELEVACIÓN DE BRAZOS
12. INCLINACIÓN HACIA ADELANTE
13. EQUILIBRIO AL SENTARSE

Se trata de una evaluación cualitativa del equilibrio. Se anotará el déficit observado para personalizar el plan de actuación fisioterápico.

ANEXO X – ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG (EADAC) (21)

ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG (EADAC)

Instrucciones para el profesional:

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD RESPUESTAS PUNTOS

- 1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- 2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- 3.- ¿Se ha sentido muy irritable?
- 4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

- 5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- 6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
- 7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
- 8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- 9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

PUNTUACIÓN TOTAL ANSIEDAD:

SUBESCALA DE DEPRESIÓN RESPUESTAS PUNTOS

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

PUNTUACIÓN TOTAL DEPRESIÓN:

PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única):

ANEXO XI - CLASIFICACIÓN E INCIDENCIA DE LAS COMPLICACIONES DE LOS ESTOMAS (15)

Complicaciones precoces %	Complicaciones tardías%
Alt. hidroelectrlíticas 20-29%	Cutánea 12-43
Cutáneas 6-42	Estenosis 2.15
Dehiscencia mucocutánea 7-25	Hernia paraestomal 0-52
Hundimiento/retracción 3-35	Mal posición
Necrosis 1-34	Prolapso2-25
Obstrucción intestinal 2-7	
Sangrado	

